



Esta obra está bajo una Licencia
Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú.
Vea una copia de esta licencia en
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

DETERMINANTES MATERNOS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN
PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
DE MORALES PERIODO SETIEMBRE 2015 - ENERO 2016.

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA

AUTOR:

Bach. en Obst. ELÍ DANTE GARCÍA DEXTRE

ASESORA:

Obsta. Mg. MARINA VICTORIA HUAMANTUMBA PALOMINO

Tarapoto - Perú
2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**DETERMINANTES MATERNOS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN
PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
DE MORALES PERIODO SETIEMBRE 2015 – ENERO 2016.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

**AUTOR:
Bach. en Obst. ELÍ DANTE GARCÍA DEXTRE**

**ASESORA:
Obsta. Mg. MARINA VICTORIA HUAMANTUMBA PALOMINO**

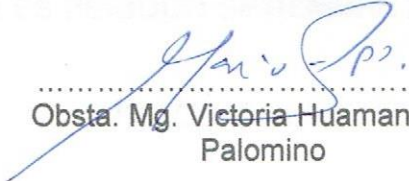
**TARAPOTO – PERÚ
2017**

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

Consta por la presente que la Obsta. Mg. Victoria Huamantumba Palomino ha asesorado la tesis titulado "Determinantes maternos y su relación con la depresión puerperal en pacientes atendidas en el CENTRO DE SALUD DE MORALES PERIODO SETIEMBRE 2015 – ENERO 2016", presentado por el bachiller en Obstetricia Elí Dante García Dextre.

Por lo tanto queda revisado y aprobado por la suscrita, se expide el presente a fin de que sea presentado para el trámite respectivo.

Morales, 16 de febrero del 2017


.....
Obsta. Mg. Victoria Huamantumba
Palomino

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**DETERMINANTES MATERNOS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN
PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
DE MORALES PERIODO SETIEMBRE 2015 – ENERO 2016.**

JURADO CALIFICADOR:


OBSTA. MG. LEOCADIA SALAS PILLACA
Presidente


OBSTA. MG. PEDRO VARGAS

RODRÍGUEZ

Miembro


OBSTA. MG. CONSUELO DÁVILA

TORRES

Miembro



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN – TARAPOTO

Unidad de Bibliotecas Especializada y Biblioteca Central

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL**

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: GARCÍA DEXTRE ELÍ DANTE **DNI:**40525143

Domicilio: Jr. Atahualpa # 321 Banda de Shilcayo

Teléfono: 956132521

Correo Electrónico: danteli22@hotmail.com

2. DATOS ACADÉMICOS

FACULTAD : CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional : OBSTETRICIA

3. DATOS DE LA TESIS

Título: "Determinantes maternos y su relación con la depresión puerperal en pacientes atendidas en el CENTRO DE SALUD DE MORALES PERIODO SETIEMBRE 2015 – ENERO 2016".

Año de Publicación 2017

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas especializadas y Biblioteca Central- UNSM – T , para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).


ELÍ DANTE GARCÍA DEXTRE
DNI 40525143

Fecha de recepción: ____/____/____

DEDICATORIA

Dedico de manera especial a todas aquellas personas que de uno u otra manera fueron y son parte de mi formación, en mi vida.

A todas aquellas mujeres, que gracias al empuje, fortaleza y dedicación como madres logran que este mundo sea un mundo diferente.

Y para finalizar a todos los refugiados que se ven en la obligación de escapar de su lugar de residencia, donde las guerras son interminables, fabricando sus propias “balsas”, tratando de cruzar fronteras que no deberían existir, arriesgando lo más importante, la vida, y que hoy por hoy se les observen como un problema, cuando el problema en si es la falta de equidad entre los seres humanos.

Elí

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento va dirigido a la Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto por haberme honrado en pertenecer durante todos estos años a su lugar de estudio, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante.

Agradezco también a mi Asesora de Tesis Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, durante todo el desarrollo de la tesis.

Mi agradecimiento también va dirigido a los Obstetras del Centro de Salud de Morales y a los trabajadores que contribuyeron en la realización de mi tesis.

El autor.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice de Contenido.....	v
Índice de Tablas.....	vi
Resumen.....	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	01
1.1 Características y Delimitación del problema.....	01
1.2 Antecedentes.....	03
1.3 Bases Teóricas.....	09
1.4 Justificación e Importancia.....	17
1.5 Formulación del Problema	21
II. OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo General.....	22
2.2 Objetivos Específicos.....	22
2.3. Hipótesis de Investigación.....	22
2.4. Operacionalización de variables	22
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	26
IV. RESULTADOS.....	32
V. DISCUSIÓN.....	40
VI. CONCLUSIONES.....	46
VII. RECOMENDACIONES.....	47
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
IX. ANEXOS.....	53

INDICE DE TABLAS

TABLA N°	Título	Pág.
01	Determinantes socio-culturales en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Morales. Periodo Setiembre 2015 - Enero 2016.	34
02	Determinantes Psicológicos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Morales. Periodo Setiembre 2015 – Enero 2016.	35
03	Determinantes Biológicos en puérperas atendidas en el Centro de salud de Morales. Periodo Setiembre 2015 – Enero2016.	36
04	N° de casos positivos y negativos en puérperas atendidas en el centro de salud de Morales (resultados de la aplicación del test de depresión postpartode Edimburgo).	37
05	Determinantes socio-culturales y su relación con la depresión posparto en puérperas atendidas en el CSM. Setiembre 2015 Enero 2016.	38
06	Determinantes psicológicos y su relación con la depresión posparto en puérperas atendidas en el CSM. Setiembre 2015 Enero 2016.	39
07	Determinantes Biológicos y su relación con la depresión posparto en puérperas atendidas en el CSM. Setiembre 2015 Enero 2016.	40

RESUMEN

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal con diseño descriptivo correlacional. Se realizó con el objetivo de determinar la relación que existe entre los determinantes maternos y la depresión puerperal en pacientes atendidas en el Centro de Salud de Morales, periodo setiembre 2015 y enero 2016 cuya muestra estuvo conformada por 125 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. Como técnica se usó la encuesta y como instrumento un cuestionario que permitió identificar los determinantes maternos y las características socioeconómicas de la población en estudio. Además se aplicó el test de Edimburgo para identificar la depresión puerperal en la población en estudio.

Los resultados fueron: El 73% de las puérperas tuvo un resultado positivo respecto al Test de Edimburgo, es decir, presentan depresión puerperal y el 27% tuvo un resultado negativo. Los determinantes maternos biológicos que están relacionados con la depresión puerperal son: Nro. de hijos ($X^2 = 9,056$; $p=0,029$) y complicaciones en el embarazo ($X^2 = 13,798$; $p = 0,045$) y la depresión postparto de Edimburgo ($p<0.05$). No existe relación estadísticamente significativa entre los determinantes socioculturales y psicológicos y la depresión postparto de Edimburgo ($p>0.05$).

En conclusión existe relación estadísticamente significativa entre la depresión puerperal y los determinantes maternos biológicos: Número de hijos y las complicaciones en el embarazo. ($p< 0,05$).

Palabras claves: determinantes maternos y depresión posparto

ABSTRACT

The present investigation corresponds to a quantitative, prospective, cross-sectional study with descriptive correlational design. The aim of this study was to determine the relationship between maternal determinants and puerperal depression in patients attended at the Morales Health Center, in the period from September 2015 to January 2016, whose sample consisted of 125 puerperal women who met the inclusion criteria. As a technique, the survey was used as a questionnaire to identify the maternal determinants and the socioeconomic characteristics of the population under study. In addition, the Edinburgh test was used to identify postpartum depression in the study population.

The results were: 73% of postpartum women had a positive result regarding the Edinburgh test, that is, they had puerperal depression and 27% had a negative result. The maternal determinants related to puerperal depression were: number of children ($X^2 = 9,056$, $p = 0.029$) and complications in pregnancy ($X^2 = 13,798$, $p = 0,045$) and Edinburgh postpartum depression ($p < 0.05$). There is no statistically significant relationship between sociocultural and psychological determinants and Edinburgh postpartum depression ($p > 0.05$).

In conclusion, there is a statistically significant relationship between puerperal depression and maternal biological determinants: Number of children and complications in pregnancy. ($P < 0.05$).

Key words: maternal determinants and postpartum depression.



DETERMINANTES MATERNOS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORALES PERIODO SETIEMBRE 2015 – ENERO 2016.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco conceptual

Durante el transcurso de la historia, la etapa de la gestación ha sido considerada como una situación “especial” que concierne al ciclo vital propio de la etapa reproductiva de la mujer, ha tenido que verse reflejada en las estadísticas de morbilidad y mortalidad materna en los últimos 10 años lo devastador que puede ser para la salud de la mujer las complicaciones en la etapa de la gestación y puerperio, para que mundialmente se investigara sobre las causales de estos cambios y su repercusión en la salud pública de una nación (1).

Durante el puerperio la mujer sufre cambios físicos y psíquicos, ya que su cuerpo se ve distinto, el sueño se altera porque tiene que cuidar y alimentar a su hijo, está más cansada y no puede retomar inmediatamente el estilo de vida que llevaba antes del nacimiento del bebé. Esta situación le impide tener un buen vínculo con su hijo, lo que le produce angustia (2).

En las mujeres, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica. En un análisis estadístico multivariable se encontró que la edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido, son los mejores predictores de depresión mayor en mujeres. Un número elevado de síntomas atípicos en las mujeres podría estar reflejando una diferencia fisiopatológica en la depresión de hombres y mujeres (3).

La depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, sugiriendo que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo. Es entonces comprensible porque la depresión causa una discapacidad laboral significativa. La naturaleza de la depresión, que no es físicamente medible, sino que depende del autoreporte o de la inferencia que se haga de la conducta de la persona deprimida, contribuye a la falta de comprensión y al estigma, dilatando o impidiendo la adecuada detección y manejo (4).

Los problemas y trastornos mentales en las mujeres se pueden desarrollar como consecuencia de problemas de salud reproductiva, entre los cuales están: la falta de elección en las decisiones reproductivas, embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y

complicaciones del embarazo, como abortos espontáneos, parto prematuro. Además, el nivel de salud mental está estrechamente relacionado con la morbilidad materna (3).

En relación a la depresión posparto se conoce que afecta entre el 10 a 25% de las puérperas, y se incrementa al 50% si la mujer tiene antecedentes de depresión posparto. La depresión posparto (DPP) se caracteriza por presentarse entre la 4 y 30 semanas del puerperio manifestando síntomas como irritabilidad, rabia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la realidad y baja autoestima materna (1).

Las mujeres están en mayor riesgo de problemas de salud por tener una mayor carga de trabajo no remunerado, por lo general relacionado con el cuidado de sus hijos y las tareas del hogar; tienen más probabilidades de tener un menor nivel socioeconómico, están más expuestas a ser víctimas de la violencia y tienen menor acceso a factores protectores, como participación en la educación, el empleo remunerado y la toma de decisiones políticas, la salud mental depende además de las condiciones sociales.(5)

1.2 Antecedentes

Rojas G, Santelices M, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, OlhaBerry y “et al”, (2015), en su estudio “Barreras de acceso a tratamiento de la depresión

posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. Chile”, refiere que la depresión posparto es una condición prevalente e incapacitante. La detección universal está disponible, pero no se ha traducido en mejores tasas de tratamiento, lo que sugiere la existencia de barreras de acceso. Resultados: Existen barreras asociadas a usuarios como la falta de conocimiento sobre la enfermedad, una conceptualización negativa y rechazo de las opciones de tratamiento disponibles. También hay obstáculos asociados con mal soporte de red y algunas funciones del sistema de salud, tales como largos tiempos de espera y la falta de coordinación entre las decisiones clínicas y administrativas. Conclusiones: los pacientes y los obstáculos relacionados con los proveedores que restringen el tratamiento de la depresión postparto fueron identificados. (6)

Tobón-Borrero L, (2014) realizó un estudio sobre predictores de depresión posparto en puérperas atendidas en la ESE municipal de Villavicencio, España. Estudio descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo, cuya población fue 164 usuarias puérperas atendidas durante los meses de Febrero y marzo de 2014, en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). El instrumento que se empleó fue la herramienta Escala de Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS). Las características de la población estudiada son: edad media del grupo en general fue de 22,25 años con mediana de 22 y de 5,22 años, lo que implica que el 68% de ellas tenían entre 17 y 27 años; la moda se ubicó en el intervalo 20-24 años, con 13 puérperas. En cuanto a nivel educativo es de resaltar que un 69% tienen estudios secundarios completos. En relación con el número de hijos nacidos

vivos se obtuvo una media de 1,69, y mediana de 1. Se han descrito como implicados en la aparición de esta patología, una incidencia de predictores de 21,9% (1).

Molero K, Urdaneta J, Sanabria Ch, (2014) prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo", en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela. Los resultados indicaron que las adultas presentaron mayor riesgo de depresión postparto en un 72%, en cambio las adolescentes un 4%. Predominaron en las adultas como factor de riesgo el bajo nivel educativos, dificultades con la lactancia, presencia de trastornos afectivos desde el embarazo, lo que indicó que la Depresión postparto fue más prevalente en las madres adultas (7).

Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C, (2013), en su estudio titulado "Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico", en la maternidad Santiago de Chile, Chile. Estudio analítico prospectivo de 393 puérperas de bajo riesgo obstétrico que evaluó sintomatología depresiva puerperal y su asociación con variables bio-sociodemográficas y características del contacto piel con piel como variable en estudio. Resultados: Se reporta una incidencia de 29% de síntomas depresivos. El análisis mostró que el contacto piel con piel y el inicio precoz del amamantamiento están asociado significativamente con la ausencia de sintomatología depresiva postparto. Conclusión: El contacto piel con piel fue la única variable en este estudio

capaz de explicar la ausencia de síntomas depresivos en mujeres que cursaron embarazos de bajo riesgo obstétrico. (8)

Fernández J, Iturriza N, Toro M, (2013) en su estudio de prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas - Venezuela , durante el período comprendido entre junio y septiembre de 2013. Investigación de tipo descriptiva y prospectiva, cuya muestra fue 249 puérperas, aplicando la escala de depresión posparto de Edimburgo para detectar depresión posparto. Los resultados que encontraron fueron que en el puerperio mediano hubo una prevalencia de depresión posparto de 84,2 % en las adolescentes y de 81,5 % en las adultas sin diferencia significativa entre ambos grupos (9).

Urdaneta J, Rivera A, García J, (2010) en su estudio de “Prevalencia de Depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de EDIMBURGO” atendidas en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo Venezuela. Los resultados demostraron una prevalencia del test positivo en el 91% de la muestra, con una prevalencia de depresión posparto confirmada por medio Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales del 22%, presentando mayor frecuencia de ideación suicida las multíparas ($p < 0,05$). No hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto.(10)

Romero G, Dueñas de la Rosa E, (2010) en su estudio “Prevalencia de tristeza maternas y sus factores asociados” en el Instituto mexicano del seguro social León-Guanajato realizaron un estudio transversal, durante el puerperio inmediato. Aplicaron la escala de Edimburgo para determinar tristeza materna. Otros datos registrados fueron: edad, escolaridad, embarazos, hijos muertos, episodios de depresión, antecedentes de alteraciones del sueño y si el embarazo fue planeado. De 1,134 mujeres, 21 (1.8%) tuvieron diagnóstico de tristeza materna. Los factores significativos relacionados con ésta fueron: el antecedente de hijos muertos, $p < 0.002$; episodios de depresión, $p < 0.001$; y alteraciones en el sueño, $p < 0.003$. La frecuencia de tristeza materna es baja en nuestra población. Los factores asociados con este padecimiento pueden identificarse durante el control prenatal para proporcionar atención especial a estas mujeres (11)

Paolini C, Oiberman A, Balzano S, (2010) en su estudio “Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato”, de una muestra de 45 mujeres puérperas de un hospital público de Buenos Aires, Argentina. A partir de los resultados obtenidos en la EPDS, se separó la muestra en tres grupos con diferentes grados de riesgo de sintomatología depresiva: "negativas o de bajo riesgo", "positivas de riesgo medio" y "positivas de alto riesgo". Los puntajes de corte utilizados fueron 9 y 19. Resultados: se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos con violencia familiar, migración, historia previa de depresión, presencia de síntomas depresivos durante el embarazo y mayor cantidad de estresores. Conclusiones: el

establecimiento de los dos puntajes de corte en la EPDS permite una detección temprana de las mujeres que presentan síntomas depresivos. Se sugiere la utilidad del puntaje de corte de 19 para la detección temprana de mujeres con mayor riesgo de desarrollar depresión posparto.(12)

Pisconte F, (2015), en su estudio Violencia Familiar como Factor de Riesgo de Depresión Postparto en Puérperas del Hospital distrital Santa Isabel de El Porvenir, en una muestra de 132 puérperas distribuidas en dos grupos, 33 mujeres con depresión posparto y 99 mujeres sin depresión posparto, reportó los siguientes resultados: la frecuencia de violencia familiar en las puérperas con depresión posparto fue 48.5% y en las puérperas sin depresión posparto fue 18.2%, con diferencias estadísticamente significativas entre ambas frecuencias ($p < 0.05$). Se halló asociación de violencia familiar con depresión posparto, con un $OR = 3.7$ y un IC 95% de 1.7 a 7.9, interpretándose que la violencia familiar incrementa en tres veces la probabilidad de depresión posparto en las puérperas, en comparación con las puérperas que no sufrieron violencia familiar. Por lo que concluye que, la frecuencia de violencia familiar entre las pacientes que tuvieron depresión posparto fue mayor que en las que no tuvieron depresión posparto. La violencia familiar es un factor de riesgo asociado con depresión posparto. (13)

Sologuren G, Linares C, Vega A, (2009) realizaron un estudio “Depresión posparto: Prevalencia de Test de Rastreo Positivo en Puérperas. Tacna El estudio fue descriptivo transversal, en 480 puérperas que acudieron, durante los meses de Julio a Diciembre 2009, al Hospital de Apoyo Hipólito

Únanse de Tacna (Consultorio de Obstetricia, Consultorio de Crecimiento y Desarrollo, Vacunación, Consultorio de Pediatría). Los resultados fueron una prevalencia de depresión posparto de 37.5% de acuerdo a la escala de Edimburgo - Test de rastreo positivo, un 45.8% de puérperas encuestadas responden frente a la pregunta: he podido reír y ver el lado bueno de las cosas que “no tanto ahora”, y el 33% “tanto como siempre” y solo el 2.8% responde “no he podido”(14).

Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W, (2009) en su estudio titulado “Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Lima Perú”, indicó que, la depresión posparto y la violencia basada en género son patologías muy frecuentes en la mujer; la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno radica en evitar las consecuencias a futuro en la mujer, el recién nacido y la familia en general. En su estudio realizado a 100 mujeres, de 1 a 12 meses de tiempo puerperal, encontró los siguientes resultados: la tasa de depresión posparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. El 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica. Se halló diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia basada en género ($p=0,001$), así como, diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia durante la gestación, encontrando un OR de 5,5 (IC: < 5,5; 16,7>).

Conclusiones: Las mujeres víctimas de violencia tienen riesgo elevado de sufrir depresión posparto. (15)

Vásquez E, Sangama R, (2012) en su estudio “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica CORPOMEDIC, Tarapoto, realizaron una investigación descriptiva, prospectiva y correlacional; la muestra estuvo conformada por 150 puérperas y los resultados reportaron un mayor riesgo de depresión posparto en el 66.7% de las puérperas y 33.3% no presentaron riesgo de depresión. Se encontró un 73.3% de jóvenes entre los 20 a 30 años de edad. 80% estaban acompañadas por su pareja, ya sea por unión estable o por encontrarse casadas. De 36.7% de ellas fueron amas de casas y el 50% primíparas; en la relación a la paridad el 46.7% refirió tener un solo hijo (16).

1.3 Bases teóricas

a) Puerperio.

Es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional en la cual produce la regresión paulatina de todas las modificaciones gravídicas y se caracteriza por un proceso de involución hasta casi restituirlas a su estado previo al embarazo transcurrido. Sólo la glándula mamaria es la excepción a lo expresado puesto que alcanza gran desarrollo y actividad (17).

La duración del puerperio se divide en:

- **Puerperio inmediato**, que abarca las primeras 24 horas.
- **Puerperio mediato**, que comprende del 2do día a los 10 días.
- **Puerperio alejado**, Desde la 11avo día y se extiende hasta los 42 días y finaliza muchas veces con el retorno de las reglas.
- **Puerperio tardío**, desde los 43 días hasta completar el año.

b) Trastornos depresivos.

Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida, hasta síndromes clínicos, de gravedad y duración importante como: la disminución de pensar, visión pesimista, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, perdida o aumento excesivo de peso, disminución importante del interés o la capacidad para disfrutar sus actividades (18).

Dentro de este campo podemos considerar a la depresión puerperal que es objeto de nuestro estudio.

c) Depresión puerperal.

Consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o por que no es normal.

Tipos de depresión puerperal:

- **Depresión puerperal leve (Maternity Blues).** La depresión puerperal leve o "Maternity Blues" es un síndrome leve y de poca trascendencia que experimenta un 85% de las madres. Suele empezar a los 2-4 días después del parto y no dura más de dos semanas; en él las madres padecen de insomnio, se sienten ansiosas, están irritables, lloran con facilidad, les duele la cabeza y se sienten poco capaces de poder llevar adelante la nueva situación. Dicho estado psíquico se resuelve habitualmente sin dificultad ni secuelas entre las dos semanas y los tres meses del inicio del cuadro. No precisa de tratamiento médico y suele ser suficiente una actitud de apoyo por parte del entorno de la madre.
- **Depresión mayor postparto:** La depresión mayor postparto se da en un 10% de las nuevas madres, suele aparecer entre las dos-cuatro semanas posteriores al parto. Se manifiesta con fuertes sentimientos de culpa, con una sensación de incapacidad total de hacerse cargo del bebé y con la extraña sensación de dudar de sus sentimientos hacia su hijo (18). Dado que la atención del entorno familiar se centra principalmente en el bebé y que la madre socialmente se siente con la obligación de estar contenta, suele diagnosticarse de forma tardía. De hecho las madres evitan llamar a sus síntomas como depresivos, y en vez de ello usan expresiones como "sentirse inseguras", "tener miedo de".

Ante tal situación se precisa de una atención especializada por parte de un psiquiatra el cual evaluará el caso y decidirá el tratamiento más conveniente para cada paciente.

En **cuanto al niño** no queda claro hasta qué punto puede verse afectado o no, sin embargo se ha visto, que en los casos graves de depresión postparto, el niño presenta un enlentecimiento en el desarrollo psicomotor (como aprender a andar tardíamente) así como alteraciones en el desarrollo emocional, manifestándose con un menor interés por el contacto afectivo (por ejemplo buscar con la mirada a los padres, dificultad de concentración ante un objeto determinado (19).

La terapia de la depresión puerperal se basa en la farmacología, y la psicoterapia, estos métodos son semejantes a los empleados en el tratamiento de los trastornos depresivos en otros periodos de la vida.

El uso de psicofármacos en el puerperio presenta determinadas contraindicaciones debido al amamantamiento materno que puede ser comprometido con la excreción y concentración de los medicamentos en la leche. Un abordaje psicoterapéutico es esencial en el tratamiento de la depresión puerperal, una vez que el terapeuta juntamente con la púérpera y familiares, construyan nuevas estructuras a partir de la realidad y las vivencias (20).

d) Factores asociados a la depresión puerperal.

Diversas condiciones de vida desempeñan un papel fundamental en el desenvolvimiento del **trastorno depresivo leve**, sobre todo los hechos indeseables, además de los factores sociales. Vale resaltar que antecedentes familiares de depresión, antecedentes personales o hasta un episodio de depresión puerperal (ejemplo: múltipara) son factores de análisis para el riesgo de depresión postparto (21).

Tener un bebé es un momento de grandes cambios. Tras el parto, las madres experimentan cambios biológicos, físicos, emocionales y sociales. Es probable que la depresión posparto esté causada por una mezcla de estas cosas. También, pueden ocurrir también otros eventos estresantes de la vida que contribuyan a su aparición.

- Factores biológicos

Sobre los factores biológicos, existen hipótesis de que las alteraciones hormonales se relacionan con el surgimiento de la depresión puerperal. El parto trae consigo cambios hormonales en el cuerpo de la mujer. Los niveles de estrógenos, progesterona (y otras hormonas implicadas en la concepción y el nacimiento) caen bruscamente tras el nacimiento del bebé. No está claro cómo afecta eso a su humor y a las emociones. No se han encontrado importantes diferencias entre las mujeres que desarrollan una depresión posparto y las que no lo hacen. Las investigaciones no sugieren que sea la

razón de más peso. Los cambios hormonales son más influyentes en la “melancolía posparto” y en la psicosis puerperal (21).

El contacto madre – hijo después del nacimiento puede inducir a la aparición de una patología específica ya que se manifiesta con preocupación y ansias en relación a la maternidad, aumentando el riesgo de padecer depresión puerperal. La depresión posparto puede estar relacionada con estos cambios, pero mientras esto puede justificar en parte el cuadro, la evidencia sugiere que las hormonas no son la única causa. Las circunstancias individuales y sociales son también muy importantes. El parto en sí puede resultar agotador y a veces aparecen problemas o molestias físicas, por ejemplo, el dolor postoperatorio de una cesárea. La recuperación no siempre es fácil.

Tener que cuidar de un bebé hace que se presenten dificultades para el descanso y es posible que usted no esté durmiendo lo suficiente. Si tiene hijas o hijos mayores, pueden reaccionar frente al nacimiento del bebé exigiendo más atención, lo que puede hacer que aún se sienta más cansada. Tal vez tenga poco apetito y no esté comiendo bien. Cuando sucede esto es fácil llegar a sentirse físicamente agotada.

Algunas mujeres también se sienten menos seguras y atractivas después del parto debido a que su cuerpo cambia de forma y no tienen tiempo para ocuparse de ellas mismas. Por el contrario, en algunas ocasiones, quienes sufren depresión cuidan especialmente su apariencia y la de su bebé para

ocultar la sensación de fracaso que están experimentando. Mantener las apariencias y sonreír cuando no se siente bien también puede ser físicamente agotador.

- Factores Psicológicos

A menudo las mujeres no experimentan tras el nacimiento de su hijo los sentimientos que habían esperado. La primera vez que tienen un bebé, un gran número de mujeres no sienten una abrumadora ola de “amor maternal”, sólo se sienten un poco cansadas y un tanto distantes. Algunas madres quieren a sus bebés desde el primer momento, pero en otras ese sentimiento va creciendo de manera más gradual, lo principal es que la madre no debe preocuparse ni sentirse decepcionada si en el período posparto no vive a la altura de sus expectativas.

Una serie de estudios demuestran que la falta de apoyo ofrecido por el acompañante y demás personas con quien la puerpera mantiene contacto, influyen considerablemente.

Es cierto que muchas mujeres dicen que están más sensibles durante este periodo, de manera que pueden sentirse mucho peor de lo habitual ante cualquier dificultad.

También sabemos que las personas que han experimentado otros acontecimientos estresantes de la vida en el pasado o en el presente pueden ser más propensas a experimentar depresión posparto. Por ejemplo,

haber tenido un aborto previamente, pérdida de la propia madre, los problemas económicos, dificultades de vivienda, etc.

La relación de pareja se produce la “ilusión de unidad”, la fantasía de la armonía eterna. Se evita y rechaza cualquier sentimiento de separación y se obvian las diferencias individuales. Se proyectan objetivos comunes. Esta etapa empieza su declive cuando los deseos y expectativas comunes no son tan fáciles de conseguir como parecía. Se impone la autentica realidad. En este momento surge una de las crisis más cruciales, que según su encausamiento o puede afrontarse la situación y dar un nuevo paso en la relación o provocar el fracaso en la pareja. El resultado de esta fase promueve la automanía interdependiente y la conciencia del peligro que suponen los conflictos no resueltos adecuadamente en la relación (22).

Por último, es importante recordar que nada cambia tanto la vida como tener un nuevo bebé.

- Factores Socioculturales

Tener un bebé puede causar un gran caos. Las exigencias de un niño/a pequeño/a pueden hacer que sea difícil mantener una vida social activa. También puede generar tensión en la pareja y puede resultar difícil encontrar tiempo para estar juntos. Debido a que muchas personas ya no viven cerca de miembros de la familia, muchos de los nuevos padres pueden sentirse muy aislados y las nuevas madres pueden no tener a mucha gente que les pueda ayudar, en particular, aquellas que no cuentan con el apoyo de sus padres. Incluso aquellas que tienen familiares y amigos/as dispuestos/as a

prestar ayuda pueden tener dificultades para pedirla. En estos casos este período puede resultar agotador (22).

La prensa, las revistas y los programas de televisión nos dicen que tener un bebé es una experiencia maravillosa pero no mencionan los aspectos más difíciles. Las mujeres a veces sienten que debería ser un momento “perfecto” por lo que oyen en los medios de comunicación y lo que otras personas pueden decir acerca de la maternidad. Pueden pensar que todo el mundo se las arregla para dar a luz de forma natural y que se convierten fácilmente y de inmediato en madres perfectas. Esto puede dificultar el pedir ayuda.

Pero estos mitos acerca de la maternidad están muy lejos de la realidad, la mayoría de personas el dar a luz puede ser muy estresante y el ser madre es un papel que hay que aprender al igual que cualquier otro en la vida.

Las mujeres hoy en día pueden tener más exigencias que las planteadas en el pasado. Muchas están acostumbradas a trabajar fuera del hogar, esto hace que se sienten solas en casa y añoran la relación con sus compañeros/as de trabajo. Pero si se decide la reincorporación, puede resultar muy estresante compaginarlo con el cuidado del bebé.

En conclusión, se puede decir que la etiología de la depresión puerperal no se determina por factores aislados, pero sí por una serie de aspectos psicológicos, sociales, obstétricos y biológicos que deben ser abordados en el diagnóstico y terapia de la depresión puerperal (23).

1.4 Justificación e Importancia

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud a nivel mundial, los cuales afectan a la población femenina en mayor proporción que a la masculina, observándose con mayor frecuencia durante el embarazo y el puerperio, que durante otras etapas del ciclo vital, especialmente en madres adolescentes y en mujeres de bajos ingresos económicos. (17)

La depresión se considera un problema de salud pública, desde el momento en que las autoridades sanitarias la declararon como una enfermedad; se presenta con una mayor incidencia en las mujeres, y es la segunda causa más común de enfermedad mental en el mundo, ocasionando alrededor de 850.000 suicidios anualmente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión se atribuye a los rápidos cambios psicosociales, al aumento de las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas y del colágeno, entre otras), y al excesivo consumo de drogas, tales como tranquilizantes, antihipertensivos y anticonceptivo (24).

Las mujeres después de tener un hijo sienten una felicidad que no se puede describir con palabras, más bien es una experiencia que hay que vivirla. Sin embargo hay madres que no pueden sentirse felices, por el contrario están tristes y no saben con quien hablarlo, porque se dan cuenta que lo que su entorno espera de ellas es un estado de felicidad. Lloran sin ninguna causa aparente, se sienten ansiosas.(5)

El puerperio es un período durante el cual hay una adaptación entre el hijo y la madre. Algunas mujeres esta situación la viven sin ninguna dificultad, pero hay algunas mujeres a las que le resulta más difícil pasar por esta etapa, pudiendo aparecer una depresión, en forma leve o más grave. En el primer caso se la llama "tristeza puerperal" o "baby blues", y aparece en los primeros días después del parto, dura unos días y no necesita tratamiento a diferencia de la depresión que aparece a las dos o tres semanas posparto, que produce síntomas más intensos y requiere tratamiento médico (2).

La mayoría de las mujeres, entre el 80% al 85%, tiene una depresión leve que aparece después del parto, y suele durar unos 10 días. Sería producida por los cambios hormonales que sufre la puérpera, ya que después del parto hay un aumento de estrógenos y de progesterona que influyen en el estado emocional de la mujer (este efecto se observa en los días previos a la menstruación). Pero el aspecto biológico expresa una parte del problema, ya que la madre se ve sometida a una situación de estrés psicológico ante el cambio de vida que produce el cuidado de su hijo ya que su sueño se altera, el amamantamiento le produce un desgaste fisiológico a su organismo y estos cambios puede crearle ansiedad (3).

Cada vez es más clara la necesidad de incorporar el enfoque de género en la atención de salud y particularmente en la atención de los problemas y trastornos mentales. Los perfiles de morbilidad difieren entre hombres y mujeres; así las mujeres se deprimen más, sufren más trastornos de

ansiedad y desarrollan en forma más frecuente trastornos de la conducta alimentaria. La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos (25).

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la depresión del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento (26).

Como recomienda el Preventive Services Task Force norteamericano, el personal clínico debería mantener un nivel de sospecha elevado de los síntomas depresivos en las personas con una historia personal o familiar de depresión, factores que influyen de manera especial en una época, el embarazo y puerperio, en que la mujer es más sensible (27).

En la actualidad las mujeres han conseguido pisar fuerte en la sociedad y hacerse un sitio en las mismas líneas de actuación que los hombres,

asumiendo cargos y responsabilidades igual de importantes, y también se está logrando que el cuidado lleve el mismo peso en el hombre, pero hay un papel que por desgracia o fortuna es solo asumido por la mujer y es la maternidad. Es cierto que hemos evolucionado mucho desde la imagen de esa niña que aspiraba a tener un marido y ser madre de una gran familia numerosa, hoy en día la mujer tiene otras prioridades, pero este “gen” sigue estando enquistado en la “identidad de la mujer” y esto conduce a que la mujer vea que ese papel de madre perfecta que tiene que asumir de forma innata no es como ella tenía pensado y por esto y por otros factores de riesgo, como un bajo o nulo apoyo familiar o de pareja, bajos niveles socioeconómicos, antecedentes personales o sociales de trastornos del estado del ánimo, etc. conducen a una depresión postparto (28).

Por ello la finalidad del presente estudio se justifica porque aportara información relevante sobre los determinantes maternos relacionados con la depresión puerperal en pacientes atendidas en el Centro de Salud de Morales durante el puerperio mediato y de esta manera presentar una evidencia científica de esta patología, además el estudio permitirá que se tracen algunas estrategias y acciones tendientes a prevenir secuelas o compromisos posteriores.

El estudio por ser descriptivo, no atenta a la bioética y los derechos de los sujetos de investigación, sin embargo el estudio esta propuesto para garantizar la confidencialidad de la información en todo momento y se tiene previsto las medidas de protección en los casos que amerite tratamiento y/o

referencia. La aplicación del test es inocuo y por consiguiente el riesgo de daño no existe.

1.5 Formulación del Problema

¿Qué relación existe entre los determinantes maternos y la depresión puerperal en pacientes atendidas en el Centro de Salud Morales durante el periodo Setiembre 2015 - Enero 2016?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los determinantes maternos y la depresión puerperal en pacientes atendidas en el Centro de Salud Morales durante el periodo setiembre 2015 - enero 2016.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar los determinantes maternos: socioculturales, psicológicos y biológicos en las puérperas mediatas atendidas en el Centro de Salud Morales
- Determinar el índice de depresión puerperal en la población de estudio atendidas en el Centro de Salud Morales
- Identificar los determinantes maternos de mayor relación con la depresión puerperal en pacientes atendidas en el Centro de Salud Morales.

2.3. Hipótesis de Investigación.

Existe relación estadísticamente significativa entre los determinantes maternos y la depresión puerperal en pacientes atendidas en el Centro de Salud de Morales.

2.4. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INSTRUMENTO
Depresión puerperal	Es un trastorno psicológico que afecta la manera de pensar y de sentir, es una condición que describe una gama de cambios físicos y emocionales que muchas madres pueden padecer después del parto.	Depresión Puerperal (Valor del Test de Rastreo positivo)	Positivo (>10 depresión) Negativo (< 10 No depresión)	Categórica	Nominal	Test de Rastreo Positivo de Edimburgo
Determinantes Maternas	Son condiciones en las cuales existen factores maternos que determinan una respuesta positiva o negativa de la información seleccionada.	Socioculturales	Edad <ul style="list-style-type: none"> 15 – 19 años 20 – 35 años 36 – 45 años Estado civil <ul style="list-style-type: none"> Soltero Conviviente Casada Divorciada Viuda Tiempo de convivencia <ul style="list-style-type: none"> 1 - 11 meses 12 - 24meses 25 meses a más No conviven Ocupación <ul style="list-style-type: none"> Trabaja No trabaja Grado de instrucción <ul style="list-style-type: none"> Primaria Secundaria Superior técnica. Superior universitaria 	Categórica	Nominal	Formato Adhoc

		Psicológicos	Situación económica <ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Buena • Mala 	Categoría	Nominal	Formato Adhoc
			Como es el trato con su pareja <ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala • No aplica 			
			Ayuda habitual de la pareja en las tareas domesticas <ul style="list-style-type: none"> • Bastante • Suficiente • Poco • Nada 			
			Su embarazo fue planificado <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 			
			A participado en el programa de psicoprofilaxis <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 			
		Biológicos	Tipo de parto <ul style="list-style-type: none"> • Eutocico • Instrumental o cesárea 	Categoría	Nominal	Formato Adhoc
			Número de hijos <ul style="list-style-type: none"> • 1 – 3 hijos • + 3 hijos 			
			Complicaciones en el embarazo <ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de parto prematuro • Amenaza de aborto • Anemia • Hiperémesis gravídica 			

			<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Infecciones vaginales • Infección del tracto urinario • Pre-eclampsia 			
			Complicaciones en el parto <ul style="list-style-type: none"> • Circular de cordón • Parto prematuro • Hemorragias • Atonía • Sufrimiento fetal • Otros 			
			Complicaciones lactancia materna <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 			

III. MATERIALES Y METODOS

3.1 Tipo de estudio

La presente investigación corresponde a un estudio cuantitativo, prospectivo de corte transversal cuyo diseño es descriptivo correlacional.

Cuantitativa: porque permite promediar aspectos observables y susceptibles de cuantificación de los datos y generalizar los resultados de la muestra a los fenómenos estudiados.

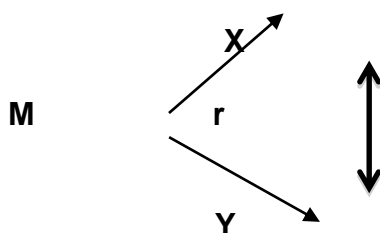
Descriptivo porque permite describir o detallar la situación de las variables tal y como se presentan.

Correlacional, porque trata de determinar el nivel de relación existentes entre las dos variables y

Transversal porque permite estudiar las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

3.2. Diseño de Investigación.

El diseño de investigación es correlacional.



Dónde:

M: Muestra conformada por pacientes puérperas atendidas en el Centro de Salud de Morales en el periodo de estudio

X: Observación de variable independiente, Determinantes maternos

Y: Observación de la variable dependiente, Depresión puerperal

r : Relación entre las variables en observación

3.3. Universo, población y muestra.

Universo: Constituido por todas las pacientes que acuden al centro de salud de Morales.

Población: Constituida por 125 puérperas atendidas en el primer control en el Centro de Salud Morales en el periodo Setiembre 2015 – Enero 2016.

Muestra: Conformada por el 100 % (125) de las puérperas que acuden al primer control

Unidad de análisis: Puérpera que acude a su primer control en la primera semana postparto.

3.3.1 Criterio de inclusión.

- Puérperas que acudieron al primer control en la primera semana al servicio de obstetricia del Centro de Salud Morales
- Usuaris orientadas en tiempo, espacio y persona.
- Usuaris que aceptaron responder el Test voluntariamente.

3.3.2 Criterio de exclusión.

- Usuaris desorientadas en tiempo, espacio y persona.
- Usuaris que no aceptaron responder el Test.
- Historia personal o familiar de depresión
- Usuaris con Hijo muerto en la primera semana

3.4 Procedimiento.

1. Se elaboró el proyecto de investigación con el apoyo de la asesora y se hizo la recolección de los antecedentes y acervo bibliográfico.
2. Se estableció el periodo de duración de la investigación mediante calendario cronograma de actividades
3. Se constató los recursos humanos, económicos y físicos que se encuentran disponibles para realizar el estudio.
4. Se presentó el proyecto para aprobación a la Facultad Ciencias de la Salud.
5. Se presentó una solicitud de autorización al Director del Centro de Salud Morales para realizar el presente estudio.
6. Se seleccionó a las pacientes puérperas según criterios de inclusión a quienes se explico los objetivos del trabajo en forma individual.
7. Se aplicó la encuesta con ayuda de personas capacitadas
8. Los resultados fueron procesados con su análisis respectivo y se presenta en tablas y gráficos.
9. Se elaboró el informe de la tesis.
10. Se procedió con la sustentación respectiva

3.5 Método, instrumentos de recolección de datos

Método:

Para el efecto de recolección de datos se seleccionó como técnica la encuesta.

Instrumento:

Para la medición de la variable determinantes maternos se utilizó un cuestionario de encuesta **Formato Adhoc**, que consta de preguntas relacionados con lo mencionado, la primera parte mide los aspectos socioeconómicos, luego la relación con la pareja, y las complicaciones en el embarazo y parto, y cada una de ellas contienen alternativas de las cuales la puérpera optó con la que mejor se asemeje a su realidad, la mayor cantidad sumando de las preguntas será la que predomine en el proceso de identificar los factores que pueden desencadenar una depresión posparto.

Para la medición de la variable de depresión puerperal, se utilizó la **Escala de Depresión Postparto de Edimburgo**, el mismo que fue elaborado y validado por los estándares internacionales y consta de una encuesta auto-administrada, desarrollada para la detección de síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con cuatro alternativas cada una, con puntajes de 0 a 3 de acuerdo a la severidad creciente de los síntomas.

Se hablará de un test Positivo, si el resultado obtenido es \geq 10 puntos. Se hablará de un test Negativo, si el resultado obtenido es $<$ 10 puntos.

La estructura del formato Adhoc consta de tres ítems: socioeconómico, relación con la pareja, complicaciones en el embarazo y parto, de las cuales cada una de ella contiene preguntas y alternativas para lograr conocer que

determinantes maternos guardan relación con la incidencia de depresión puerperal.

Validación y confiabilidad del instrumento

Validez de contenido

La validez del instrumento se realizó mediante el análisis de validez del contenido por el método Juicio de Expertos, utilizando la opinión de 03 expertos especialistas vinculados con el tema (01 psicólogo, 01 educador, 01 obstetra). El análisis ejecutado por los expertos incluyó la evaluación de los ítems en relación a la claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y oportunidad para su aplicación. Las sugerencias, hallazgos y recomendaciones dadas por los expertos fueron tomados en cuenta para realizar los cambios pertinentes del cuestionario.

3.6 Plan de tabulación y análisis de datos

Los datos fueron organizados en una base de Excel versión 2010 para ser importados al paquete estadístico SPSS versión 19, a través del cual se tabuló y se aplicaron las pruebas estadísticas respectivas.

Se utilizó la estadística descriptiva, para describir las características de la muestra estudiada, para ello se usó medidas de posición: frecuencia y porcentaje; medidas de tendencia central: media, moda y mediana y medidas de dispersión: rango y desviación estándar.

Para evaluar la asociación entre determinantes maternos y la depresión puerperal se usó la estadística inferencial donde se aplicó la prueba de chi cuadrado, a fin de determinar si los ítems junto con sus indicadores o reactivos guardaron relación

La aplicación de la Chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson con un nivel de significancia $p < 0,005$ nos indico los valores para establecer la relación entre variables, con sus respectivos cuadros de distribución, lo que permitió aceptar o rechazar la hipótesis de investigación. Los resultados obtenidos se presentan en tablas y gráficos estadísticos circulares y de barras, con su correspondiente interpretación.

En cuanto al análisis de los datos, estos fueron comparados con otras investigaciones similares a la presente investigación, así mismo se constato la congruencia con el marco teórico referencial para sacar las conclusiones valederas sobre la hipótesis planteada y los objetivos de la investigación.

IV. RESULTADOS

Tabla No 01

Determinantes socio-culturales en puérperas atendidas en el centro de salud de Morales. Periodo Setiembre 2015 Enero 2016

Características	N° (n = 125)	%
Edad		
15 - 19 años	19	15.2%
20 - 35 años	101	80.8%
36 - 45 años	5	4.0%
Estado civil		
Soltera	8	6.4%
Casada	39	31.2%
Conviviente	78	62.4%
Divorciada	0	0%
Viuda	0	0%
Tiempo de convivencia		
1 - 11 meses	19	15,2%
12 - 24 meses	42	33,6%
25 meses a más	56	44,8%
No conviven	8	6,4%
Ocupación		
Trabaja	22	17.6%
No trabaja	103	82.4%
Grado de instrucción		
Primaria	33	26.4%
Secundaria	60	48%
Superior no universitaria	27	21.6%
Superior universitaria	5	4,0%
Situación económica		
Muy buena	2	1.6%
Buena	108	86,4%
Mala	15	12,0%

Fuente: elaborado por el autor.

En relación a los determinantes socio-culturales en las puérperas en estudio se encontró lo siguiente: El 80.8% tiene edades entre 20-35 años, el 62.4% son convivientes, el 44% tienen 25 meses a más de convivencia, el 82.4% no tienen ocupación remunerada, el 48% tienen secundaria y con situación económica buena (85%).

TABLA No 02

Determinantes Psicológicos en puérperas atendidas en el centro de salud de Morales. Periodo Setiembre 2015 - Enero 2016.

Ítems	Nº (n = 125)	%
Como es el trato con su pareja		
Bueno	28	22,4%
Regular	72	57,6%
Mala	17	13,6%
No aplica	8	6,4%
Ayuda habitual de la pareja en las tareas domésticas		
Bastante	7	5,6%
Suficiente	8	6,4%
Poco	49	39,2%
No recibe	61	48,8%
Su embarazo fue planificado		
Si	35	28,0%
No	90	72,0%
Psicoprofilaxis Obstetrica		
Participó	70	56,0%
No participó	55	44,0%

Fuente: elaborado por el autor

El 57,6% de las puérperas refiere tener Regular trato con la pareja, el 49% no les ayudan en las tareas de la casa y el 72% refiere que su embarazo no fue planificado. Solo un 56% recibió psicoprofilaxis obstétrica.

TABLA No 03

Determinantes Biológicos en puérperas atendidas en el centro de salud de Morales. Periodo Setiembre 2015 - Enero 2016.

Ítems	fi (n = 125)	%
Tipo de parto		
Eutócico	119	95,2%
Distócico	06	4,8%
Nro. de hijos		
1 -3 hijos	118	94,4%
+ 3 hijos	07	5,6%
Complicaciones en el embarazo		
Amenaza de Parto prematuro	3	2,4%
Amenaza de Aborto	8	6,4%
Anemia	39	31,2%
Hiperémesis gravídica	9	7,2%
HTA	4	3,2%
Infecciones vaginales	42	33,6%
Infección del Tracto Urinario	19	15,2%
Pre-eclampsia	1	0,8%
Complicaciones en el parto		
Circular de cordón	7	5,6%
Parto prematuro	2	1,6%
Hemorragias	1	0,8%
Atonía uterina	6	4,8%
Sufrimiento fetal	9	7,2%
Parto prolongado	5	4,0%
Ninguno	94	75,2%
Complicaciones lactancia materna		
Si	14	11,2%
No	111	88,8%

Fuente: elaborado por el autor

95,2% de las puérperas tuvieron parto eutócico, 94,4% tienen de 1 a 3 hijos, el 33,6% presentaron infecciones vaginales durante el embarazo, 75,2% no tuvieron complicaciones en el parto ni durante la lactancia materna (88,8%).

Tabla No 04

Nº de casos positivos y negativos en puérperas atendidas en el centro de salud de Morales (resultados de la aplicación del test de depresión postparto de Edimburgo)

Test Edimburgo	Nº	%
Test Edimburgo positivo (10+)	91	73.0%
Test Edimburgo negativo	34	27.0%
Total	125	100.0%

Fuente: elaboración propia

El 73% de las mujeres puérperas encuestadas tienen un resultado positivo respecto al Test de Edimburgo, es decir que presentan depresión puerperal.

Tabla No 05.

**Determinantes socio-culturales y su relación con la depresión posparto
en púerperas atendidas en el CSM. Setiembre 2015 Enero 2016**

Características	Negativo		Positivo		Total		χ^2 p < 0,05
	fi (n = 34)	%	fi (n = 91)	%	N° (n=125)	%	
Edad							
15 - 19 años	0	0,0%	19	15,2%	19	15.2%	$\chi^2 = 25,456$ p = 0,185
20 - 35 años	32	25,6%	69	55,2%	101	80.8%	
36 - 45 años	2	1,6%	3	2,4%	5	4.0%	
Estado civil							
Soltera	3	2,4%	5	4,0%	8	6.4%	$\chi^2 = 3,069$ p = 0,216
Casada	14	11,2%	25	20,0%	39	31.2%	
Conviviente	17	13,6%	61	48,8%	78	62.4%	
Tiempo de convivencia							
1 - 11 meses	2	1,6%	17	13,6%	19	15,2%	$\chi^2 = 5,853$ p = 0,119
12 - 24 meses	9	7,2%	33	26,4%	42	33,6%	
25 meses a más	20	16,0%	36	28,8%	56	44,8%	
No conviven	3	2,4%	5	4,0%	8	6,4%	
Ocupación							
Trabaja	6	4,8%	16	12,8%	22	17.6%	$\chi^2 = 0,000$ p = 0,591
No trabaja	28	22,4%	75	60,0%	103	82.4%	
Grado de instrucción							
Primaria	10	8,0%	23	18,4%	33	26.4%	$\chi^2 = 2,118$ p = 0,548
Secundaria	16	12,8%	44	35,2%	60	48%	
Superior no universitaria	8	6,4%	19	15,2%	27	21.6%	
Superior universitaria	0	0,0%	5	4,0%	5	4%	
Situación económica							
Muy buena	0	0.0%	2	1.6%	2	1.6%	$\chi^2 = 5,042$ p = 0,283
Buena	29	23,2%	79	63,2	108	86,4%	
Mala	05	4,0%	10	8,0%	15	12,0%	

Fuente: elaboración propia

En la Tabla No 05 se observa que no existe relación estadísticamente significativa entre los determinantes socio-culturales y la depresión postparto de Edimburgo ($p > 0.05$).

Tabla No 06

Determinantes psicológicos y su relación con la depresión posparto en púérperas atendidas en el CSM. Setiembre 2015 Enero 2016

Características	Negativo		Positivo		Total		χ^2 p < 0,05
	fi (n = 34)	%	fi (n = 91)	%	N° (n=125)	%	
Como es el trato con su pareja							
Bueno	6	4,8%	22	17,6%	28	22,4%	$\chi^2 = 1,486$ p = 0,686
Regular	19	15,2%	53	42,4%	72	57,6%	
Mala	6	4,8%	11	8,8%	17	13,6%	
No aplica	3	2,4%	5	4,0%	8	6,4%	
Ayuda habitual de la pareja en las tareas domésticas							
Bastante	2	1,6%	5	4,0%	7	5,6%	$\chi^2 = 1,065$ p = 0,786
Suficiente	2	1,6%	6	4,8%	8	6,4%	
Poco	11	8,8%	38	30,4%	49	39,2%	
No recibe	19	15,2%	42	33,6%	61	48,8%	
Su embarazo fue planificado							
Si	9	7,2%	26	20,8%	35	28,0%	$\chi^2 = 0,054$ p = 0,503
No	25	20,0%	65	52,0%	90	72,0%	
Psicoprofilaxis Obstetrica							
Participó	22	17,6%	48	38,4%	70	56,0%	$\chi^2 = 1,437$ p = 0,160
No participó	12	9,6%	43	34,4%	55	44,0%	

Fuente: elaboración propia

En la Tabla No 06 se observa que no existe relación estadísticamente significativa entre los determinantes psicológicos y la depresión postparto de Edimburgo ($p > 0.05$).

Tabla No 07.

**Determinantes Biológicos y su relación con la depresión posparto en
puérperas atendidas en el CSM. Setiembre 2015 Enero 2016**

Características	Negativo		Positivo		Total		X ² p < 0,05
	fi (n = 34)	%	fi (n = 91)	%	N° (n=125)	%	
Tipo de parto							
Eutócico	33	26,4%	86	68,8%	119	95,2%	X ² = 0,353 p = 0,479
Distócico	1	0,8%	5	4,0%	6	4,8%	
Nro. De hijos							
1 -3 hijos	30	24,0%	88	70,4%	98	94,4%	X ² = 9,056 p = 0,029
+ 3 hijos	4	3,2%	3	2,4%	7	5,6%	
Complicaciones en el embarazo							
APP	1	0,8%	2	1,6%	3	2,4%	X ² = 13,798 p = 0,045
Amenaza de Aborto	3	2,4%	5	4,0%	8	6,4%	
Anemia	8	6,4%	31	24,8%	39	31,2%	
Hiperémesis gravídica	3	2,4%	6	4,8%	9	7,2%	
HTA	2	1,6%	2	1,6%	4	3,2%	
Infecciones vaginales	17	13,6%	25	20,0%	42	33,6%	
ITU	0	0,0%	19	15,2%	19	15,2%	
Pre-eclampsia	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%	
Complicaciones en el parto							
Circular cordón	2	1,6%	5	4,0%	7	5,6%	X ² = 3,764 p = 0,806
Parto prematuro	0	0,0%	2	1,6%	2	1,6%	
Hemorragias	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%	
Atonía uterina	2	1,6%	4	3,2%	6	4,8%	
Sufrimiento fetal	3	2,4%	6	4,8%	9	7,2%	
Parto prolongado	0	0,0%	5	4,0%	5	4,0%	
Ninguno	27	21,6%	67	53,6%	94	75,2%	
Complicaciones lactancia materna							
Si	5	4,0%	9	7,2%	14	11,2%	X ² = 0,577 p = 0,447
No	29	23,2%	82	65,6%	111	88,8%	

Fuente: elaboración propia

En la Tabla No 07 se observa que existe relación estadísticamente significativa entre los determinantes biológicos Nro. de hijos ($\chi^2 = 9,056$; $p=0,029$) y complicaciones en el embarazo ($\chi^2 = 13,798$; $p = 0,045$) y la depresión postparto de Edimburgo ($p<0.05$).

V. DISCUSION

Durante el puerperio la mujer sufre cambios físicos y psíquicos, ya que su cuerpo se ve distinto, el sueño se altera porque tiene que cuidar y alimentar a su hijo, está más cansada y no puede retomar inmediatamente el estilo de vida que llevaba antes del nacimiento del bebé. Esta situación le impide tener un buen vínculo con su hijo, lo que le produce angustia (2).

En relación a la depresión posparto se conoce que afecta entre el 10 a 25% de las puérperas, y se incrementa al 50% si la mujer tiene antecedentes de depresión posparto. La depresión posparto (DPP) se caracteriza por presentarse entre la 4 y 6 semanas del puerperio manifestando síntomas como irritabilidad, rabia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la realidad y baja autoestima materna (1).

La Tabla No 01 identifica los determinantes maternos socioculturales encontrándose que el 80.8% tiene edades entre 20-35 años, el 62.4% son convivientes, el 82.4% no tienen ocupación remunerada, el 48% tienen secundaria y con situación económica buena (85%). Estos resultados guardan relación con lo realizado en la Municipalidad de Villavicencio, Colombia en el 2014, donde se encontró que el nivel educativo de las mujeres encuestadas es secundaria con un 69%(1).

Según nuestro estudio la edad no es significativa pero en mujeres adolescentes probablemente varíen los determinantes por su condición de vulnerabilidad.

La Tabla No 02 identifica los determinantes psicológicos encontrándose que el con trato regular con la pareja fue en un 57%, que no reciben ayuda de la pareja en las tareas domésticas en un 49% y que su embarazo no fue planificado en un 72%.

Este resultado podría relacionarse con el estudio realizado en el Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo, en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela en el 2014, dando a conocer que dentro del 72% de depresión postparto que indican, se encuentra como factor de riesgo la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo (7).

En nuestro estudio no existe relación significativa el trato regular con la pareja pero podría variar si el factor afectivo se relaciona con más integrantes de la familia.

En la tabla N° 03 se visualiza que el 95,2% de las puérperas tuvieron parto eutócico, 94,4% tienen de 1 a 3 hijos, el 33,6% presentaron infecciones vaginales durante el embarazo, 75,2% no tuvieron complicaciones en el parto ni durante la lactancia materna (88,8%).

La Tabla No 04 señala que el 73% de las mujeres puérperas encuestadas tienen un resultado positivo respecto al Test de Edimburgo, es decir que presentan depresión puerperal. Comparado con lo que encontró Vásquez Julcahuanga en CORPOMEDIC en el 2012 en la ciudad de Tarapoto–Perú que un 66.7% de mujeres están con mayor riesgo de depresión puerperal. Asimismo, en el estudio de Fernández Vera en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, Venezuela en el 2013, aunque se difiere de la metodología utilizada, pero indica un 84,2% en adolescentes con resultado positivo a depresión puerperal (16).

La depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, sugiriendo que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo.

En las mujeres, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica. En un análisis estadístico multivariable se encontró que la edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido, son los mejores predictores de depresión mayor en mujeres. Un número elevado de síntomas atípicos en las mujeres podría estar reflejando una diferencia fisiopatológica en la depresión de hombres y mujeres (3).

La tabla N° 05 y 06 presenta la relación que existe entre los factores socioculturales y psicológicos con la depresión postparto, evidenciándose que no existe relación estadísticamente significativa entre estas variables ($p>0,05$).

Mientras que los determinantes biológicos: Nro. de hijos ($X^2 = 9,056$; $p=0,029$) y complicaciones en el embarazo ($X^2 = 13,798$; $p = 0,045$) y la depresión postparto de Edimburgo presentan relación estadísticamente significativa ($p<0.05$). (tabla 07) Se encontró que de las mujeres que tuvieron un hijo por primera vez (46.4%) el 36.8% tienen depresión postparto y al relacionar las variables haciendo uso de la prueba no paramétrica Chi cuadrado, podemos observar que si existe relación estadísticamente significativa. Referente a estos resultados existe relación con el estudio realizado en la Clínica CORPOMEDIC, Tarapoto, Perú en el 2012, se encontró la existencia de depresión postparto con un 50% en primíparas (16).

Existiendo relación con nuestro estudio, y además similitud en la metodología estudiada.

Asimismo, las complicaciones durante el embarazo producen depresión postparto y entre las principales son: infecciones vaginales (20.0.6%), anemia (24,8%) e ITU (15.2%). Según nuestro estudio existe relación con la depresión puerperal, las complicaciones durante el embarazo, no encontrando estudios comparativos.

Referente al tipo de parto el 95% tuvo un parto eutócico y sin complicaciones (75%) como en el periodo de lactancia (89%). El resultado podría relacionarse con el estudio realizado en el Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo, en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela en el 2014, dentro del 72% de depresión postparto que indican, se encuentra como factor de riesgo la dificultad con la lactancia (29).

En nuestro estudio no existe relación entre la dificultad de lactancia materna al no encontrar complicaciones al respecto.

Sin duda tener un bebé es un momento de grandes cambios. Tras el parto, las madres experimentan cambios biológicos, físicos, emocionales y sociales. Es probable que la depresión posparto esté causada por una mezcla de estas cosas. También, pueden ocurrir también otros eventos estresantes de la vida que contribuyan a su aparición.

Esto nos lleva a la reflexión de que tener un hijo por primera vez sin duda genera múltiples expectativas, entre las cuales podemos citar la inseguridad, temor a no responder a las necesidades del recién nacido y a las exigencias de la pareja, más aun en aquellas donde no tienen el apoyo de su pareja en las responsabilidades domésticas generando la ansiedad.

En consecuencia, es importante ampliar los servicios de atención a la mujer como los de atención preconcepcional y los de atención extramural para la

captación temprana de las mujeres gestantes y garantizar un control prenatal de calidad con profesionales obstetras.

Debido a que los establecimientos de salud no incorporan en la atención un instrumento para medir la incidencia de la depresión puerperal y existiendo múltiples estudios relacionados sobre el tema, fue de importancia desarrollarlo para el aporte que se genere.

VI. CONCLUSIONES

1. Los determinantes maternos socioculturales identificados son: edades entre 20-35 años (80,8%), convivientes (62.4%), tienen 25 meses a más de convivencia (44%), no tienen ocupación remunerada (82.4%), tienen secundaria (48%) y situación económica buena (85%).
2. Los determinantes maternos psicológicos son: Regular trato con la pareja (57,6%), no les ayudan en las tareas de la casa (49%) y embarazo no planificado (72%). Solo un 56% recibió psicoprofilaxis obstétrica.
3. Los determinantes maternos biológicos son: parto eutócico (95,2%), tienen de 1 a 3 hijos (94,4%), presentaron infecciones vaginales durante el embarazo (33,6%), no tuvieron complicaciones en el parto (75,2%), ni durante la lactancia materna (88,8%).
4. El 73% de las mujeres puérperas encuestadas tienen un resultado positivo respecto al Test de Edimburgo.
5. No existe relación estadísticamente significativa entre los determinantes socioculturales y psicológicos y la depresión postparto de Edimburgo ($p > 0.05$).
6. Existe relación estadísticamente significativa entre los determinantes biológicos Nro. de hijos ($X^2 = 9,056$; $p = 0,029$) y complicaciones en el embarazo ($X^2 = 13,798$; $p = 0,045$) y la depresión postparto de Edimburgo ($p < 0.05$).

VII. RECOMENDACIONES

1. Cumplimiento a la norma técnica de atención a la mujer en periodo postparto, promoviendo la visita domiciliaria en el puerperio mediato.
2. Es de importancia implementar mayores herramientas en la atención de la mujer en periodo postparto y capacitar al profesional de salud para la detección oportuna y referencia al profesional competente.
3. Considerando que existen algunas complicaciones en el embarazo que ponen en riesgo a la gestante a desarrollar depresión puerperal es importante implementar los servicios de atención preconcepcional y promover la captación temprana de las gestantes
4. Ampliar esta investigación considerando que existen determinantes maternos relacionados con depresión puerperal.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Tobon-Borrero L. Predictores de depresión posparto en puérperas atendidas en la ESE municipal. Villavicencio, España. 2014.Duazary, ISSN 1794-5992, ISSN-e 2389-783X, Vol. 12, Nº. 1, 2015
2. Camero M, Depresión puerperal, Argentina- Buenos Aires http://salud-mujer.idoneos.com/puerperio/depresión_puerperal/
3. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev. Médica Chile. 2010;138(5):536-42
4. Jadresic E, Araya R, Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. RevMéd Chile.1995;(123):694-9.
5. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. RevChilObstetGinecol. 2009; 74(3):151-8.
6. Rojas G, Santelices M, Martínez P, Tomicic A, Reinol M, OlhaBerry, et al. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. Chile. 2015. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2015 Abr [citado 2016 Jul 08] ; 143(4): 424-432. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000400002&lng=es.\)](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000400002&lng=es.)

7. Molero K, Urdaneta J, Sanabria Ch, prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo", en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela , 2014. Rev Chil Obst Ginecol 2014;79(4): 294-304.
8. Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Chile – 2013. Rev Chil Pediatr 2013; 84 (3): 285-292.
9. Fernández K, Iturriza A, Toro J, Depresión posparto valorada mediante la Escala de Edimburgo, Rev Obstet Ginecol Venez vol.74 no.4 Caracas diciembre 2014 (recuperado el 10 de junio 2016; disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v74n4/art03.pdf>).
10. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas atendidas en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela, 2010. Rev. Chil Obst Ginecol, División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela 2010; 75(5): 312 – 320.
11. Romero G, Dueñas de la Rosa E, Regalado C, Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. Rev. Ginecología y Obstetricia. Mexico 2010 78(1): 53-57

12. Paolini C, Oiberman A, Balzano S, (2012). Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 Jun 01] ; 12(1): 65-73. (Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100007&lng=en.)
13. Pisconte F. Violencia Familiar como Factor de Riesgo de Depresión Postparto en Puérperas del Hospital distrital Santa Isabel de El Porvenir. Trujillo – Perú. 2015. (tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Medicina Humana. (consultado el 14 de agosto 2016; disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1560>)
14. Sologuren G, Linares C, Vega A, Prevalencia de depresión post parto en las puérperas encuestadas en el Hospital de Apoyo Hipólito Únanle de Tacna, Revista Ciencia y Desarrollo , Depresión postparto prevalencia del Test de Rastreo Positivo en puérperas, Tacna- Perú, 13: 118- 120, 2011.
15. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Lima Perú. 2009. An Fac med. 2009;70(2):115-8. (consultado el 14 de julio 2016; disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/959/0>

16. Vázquez E, Sangama R. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica CORPMEDIC, Tarapoto. 2012
17. Alvarado R. y col, Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal, Revista Panamericana de Salud Pública, Volumen 48, Nº.2-3, Santiago de Chile, año 2004.
18. Cabero D. Presidente Sociedad Española Ginecología y Obstetricia [página de Internet].Online: 28/11/2000. Disponible en: http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=1124&RUTA=1-5-6-1145-1124, revisado el 20 de Noviembre del 2007.
19. Galdeano J, La vida de pareja, Editorial San Sebastian, Salamanca, pag. 86,2005 (consultado el 15 de julio 2016; disponible en: http://www.bibliotecaceu.es/userfiles/file/colecciones/colecciones_ceu_seminariosanjose.pdf)
20. Furtado, E.F. Abordaje Clínico y Terapéutico de la Depresión Puerperal: Conceptos Actuales (Mesa Redonda: Actualización en el Tratamiento de la Depresión en la mujer) Online: revisado el 21/11/2015. Disponible en: <http://glallone.sites.uol.com.br/acad/forum1.htm>,)
21. García J, Noguerras E, Guía Autoayuda Afrontar la Depresión posparto, Editorial Servicio Andaluz de Salud 2013, Andalucía- España pag.

- 7,8,9. (revisado el 16 agosto 2016; disponible en :
<https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>
22. Schwengber D, Piccinini, C., El Impacto de la Depresión Post parto en la Interacción Mama – Bebe, Revista Electrónica de Enfermería, N°3 Volumen 8, 2003, Brasilia, Páginas 403-411.
23. Eguiluz L, Dinamica de familia, Editorial Pax México, Santa Cruz Atoyac- 1era edición, pag. 3,4, 2003(disponible en http://iris.org.mx/publicaciones_files/Eguiluz%20et%20al%202010.pdf
24. Fernández J, Iturriza A, Toro J, Valbuena R, Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo, RevObstetGinecolVenez vol.74 no.4 Caracas dic. 2014.
25. Ministerio de Salud. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento. Sub Secretaría de Salud Pública. División, Prevención y Control de Enfermedades. Santiago de Chile: MINSAL, 2014. (consultado el 16 agosto 2016; disponible en:
<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/protocoloprogramaembrazoypospartofinal12032014.pdf>
26. Cox J, Holden J, Sagovsky R, Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh, Revista Británica de Psiquiatría] Gran Bretaña 1987, Volumen 150.

27. Romero E, Depresión posparto en el Área de Salud de Toledo-España Atención Primaria, Septiembre 1999, Vol. 24. Núm. 4. 15
28. Ruiz F, Arrebola A, Depresión posparto como problema de salud en la mujer, Junio 2015, pag.21.(disponible en: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1634/1/TFG%20Arrebola_Domniguez_Ana.pdf)
29. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C., , Obstetricia, Editorial El Ateneo, Buenos Aires – Argentina, 6ta edición, pag. 530-533, 2005

IX. ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

**Determinantes Maternos y su Relación con la Depresión Puerperal en
Pacientes Atendidas en el Centro de Salud de Morales.
Periodo Setiembre 2015 – Enero 2016.**

Presentación: Como usted hace poco tuvo su bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo en estos primeros días. Favor marcar su respuesta que es de carácter anónimo.

I. DETERMINANTES SOCIOCULTURALES

I.a. Edad:.....

I.b. Estado Civil:

Soltera	(1)	Conviviente	(2)
Casada	(3)	Divorciada	(4)
Viuda	(5)		

I.c. Situación laboral

Trabaja	(1)	No trabaja	(2)
---------	-----	------------	-----

I.d. Grado de instrucción

Primaria	(1)	Secundaria	(2)
Superior técnico	(3)	Superior universitario	(4)

I.e. A participado en programa de psicoprofilaxis

Si	(1)	No	(2)
----	-----	----	-----

I.f. Números de hijos.....

I.g. Situación económica subjetiva

Muy buena	(1)	Buena	(2)
Normal	(3)	Mala	(4)
Muy mala	(5)		

II. DETERMINANTES PSICOLOGICOS

II. Relación con la pareja

II.a Tiempo de convivencia

1-11 meses	(1)	12-24 meses	(2)
25 meses a más	(3)	No conviven	(4)

II.b. Como es el trato con su pareja

Bueno	(1)	Regular	(2)
Mala	(3)	No aplica	(4)

II.c. Ayuda habitual de la pareja en las tareas domésticas

Bastante	(1)	Suficiente	(2)
Poco	(3)	Nada	(4)

II.d. Su embarazo fue planificado

Si	(1)	No	(2)
----	-----	----	-----

III.- DETERMINANTES BIOLOGICOS

III. Complicaciones en el embarazo y parto

a. Tipo de parto

Eutócico	(1)
Instrumental o cesárea	(2)

b. Complicaciones en el embarazo

Hiperémesis gravídica	(1)
Amenaza de aborto	(2)
ITU	(3)
Anemia	(4)
Infecciones vaginales	(5)
Amenaza de parto prematuro	(6)
Hemorragias	(7)
HTA	(8)
Pre eclampsia	(9)
Otro.....	(10)

c. Complicaciones en el parto

Circular de cordón	(1)
Parto prematuro	(2)
Parto prolongado	(3)
Hemorragias	(4)
Atonía	(5)
Sufrimiento fetal	(6)
Otros.....	(7)

d. Complicaciones en lactancia materna

Si	(1)	No	(2)
----	-----	----	-----

ANEXO 02: Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Presentación: Por favor marque con un aspa la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido después de tener su bebe.

1.- En la última semana, he podido reír y ver el lado divertido de la vida.

- a).- Tanto como siempre había podido.
- b).- No tanto ahora.
- c).- Definitivamente no tanto ahora.
- d).- No en absoluto.

2.- En la última semana, he anticipado el disfrute de la vida.

- a).- Tanto como antes.
- b).- Menos de lo acostumbraba.
- c).- Definitivamente menos de lo que acostumbraba.
- d).- Muy poco en realidad.

3.- En la última semana, me he culpado sin necesidad cuando algo salió mal.

- a).- Sí, la mayor parte del tiempo.
- b).- Sí, una parte del tiempo.
- c).- No con mucha frecuencia.
- d).- No, en ningún momento.

4.- En la última semana, he estado ansiosa o preocupada sin una buena razón.

- a).- No, no en absoluto.
- b).- Muy poco.
- c).- Sí, a veces.
- d).- Sí, con mucha frecuencia.

5.- En la última semana, he sentido miedo o pánico sin una buena razón para ello.

- a).- Sí, mucho.
- b).- Sí, a veces.
- c).- No, no mucho.
- d).- no, no en absoluto.

6.- En la última semana, he podido aguantar el ajetreo

- a).- Sí, la mayor parte del tiempo no he podido afrontar las situaciones.
- b).- Sí, a veces no he podido afrontar las situaciones tan bien como acostumbraba.
- c).- No, la mayor parte del tiempo he podido afrontar las situaciones muy bien.
- d).- No, he podido afrontar las situaciones tan bien como antes.

7.- En la última semana, he estado tan feliz que he experimentado dificultades para dormir.

- a).- Sí, la mayor parte del tiempo.
- b).- Sí, con mucha frecuencia.
- c).- No con mucha frecuencia.
- d).- No, no en absoluto.

8.- En la última semana, me he sentido triste o abatida.

- a).- Sí, la mayor parte del tiempo.
- b).- Sí, con mucha frecuencia.
- c).- No con mucha frecuencia.
- d).- No, en lo absoluto.

9.- En la última semana, me he sentido tan infeliz que he estado llorando.

- a).- Sí, la mayor parte del tiempo.
- b).- Sí, con mucha frecuencia.
- c).- Sólo de vez en cuando.
- d).- No, en ningún momento.

10.-En la última semana, ha pasado por mi mente la idea de autoinfligirme daño.

- a).- Sí, con mucha frecuencia.
- b).- A veces.
- c).- Muy poco.
- d).- En ningún momento.

Puntaje Total:.....

Muchas Gracias

Referencia:

Taken from the British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky